

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE
DE LA HANCHE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Victor-René BARBET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GOURDON (Lot), le 16 juillet 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur,	{	Président.
		BEGOUIN, professeur		Juges.
		CHARRIER, agrégé		
		DUFOUR, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE
DE LA HANCHE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Victor-René BARBET

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GOURDON (Lot), le 16 juillet 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur.	Président.
		BÉGOUIN, professeur.	{ Juges.
		CHARRIER, agrégé.	
		DUFOUR, agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE — A MA MERE

Faible témoignage de mon profond
amour filial.

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES AMIS
LES DOCTEURS GALAUP, CHIOZZA, ETHES

A MON AMI
LE DOCTEUR MENDAILLES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUGIE

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien chef de l'Hôpital de Cahors,
Officier de la Légion d'honneur.*

En remerciement des connaissances
chirurgicales dont il a bien voulu nous
faire profiter.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESPONS

*Ancien chef de Clinique,
Médecin des Hôpitaux.*

En hommage d'une affectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL LE BOURGO

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qui nous guida toujours avec bienveillance dans ce travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédique,
Membre des Sociétés internationales de chirurgie et d'orthopédie,
Membre correspondant de la Société nationale de chirurgie,
Membre des Sociétés italienne et belge d'orthopédie,
Membre des Sociétés de pédiatrie de Paris et de Madrid,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous inspira le sujet de cette
thèse et pour l'honneur qu'il nous fit
de bien vouloir en accepter la prési-
dence.

AVANT-PROPOS

Les baccalauréats passés, il nous semble que la vie s'ouvre toute riante devant nous; cette vie d'étudiant, depuis si longtemps entrevue, va débiter pour nous.

Six années agréables à passer, remplies de joies et de travail libre et attrayant.

On n'entrevoit même pas la fin de cette douce vie, et lorsque, brusquement, arrive le moment de passer sa thèse et de mettre un terme à cet ensemble harmonieux de labeur et de plaisirs, on se trouve tout surpris que ces six années soient déjà écoulées.

Aussi ce n'est pas une joie sans mélange pour nous d'accomplir ce dernier travail universitaire.

A la joie de devenir docteur et de pouvoir de notre mieux soulager les misères humaines se mêle le regret de ces années vraiment idéales pendant lesquelles les soucis ne nous effleuraient même pas.

Et il nous apparaît qu'avec cette vie est parti un peu du meilleur de nous-même, cette jeunesse, ou plutôt cette seconde jeunesse, qui nous semble vraiment le meilleur temps de la vie d'ici-bas.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE

DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Ce titre : « Ostéomyélite de la hanche », indique que, dans cet exposé, nous aurons à nous occuper d'une participation osseuse d'une part, et d'autre part de phénomènes articulaires.

L'ostéomyélite dite de croissance est une affection toujours sérieuse.

C'est une inflammation de l'os due à l'infection de l'organisme par des microbes divers, cette localisation succédant toujours à une septicémie qui peut parfois emporter le malade avant toute intervention.

Sous ce titre d'ostéomyélite de la hanche, on a coutume de décrire les ostéomyélites de l'extrémité supérieure du fémur et du cotyle.

Cette dénomination commune se justifie par le fait que les diverses localisations de l'infection se traduisent toutes par un symptôme commun : l'arthrite suppurée de la hanche.

Cette arthrite, suite normale de l'ostéomyélite de la hanche, résulte d'une disposition anatomique spéciale, les cartilages conjugaux de l'extrémité supérieure du fémur et du cotyle étant tous deux intra-articulaires.

On comprend ainsi aisément qu'une lésion de l'un de ces cartilages ait, du fait même de sa situation, un retentissement sur l'articulation.

FREQUENCE — ETIOLOGIE — RAPPEL CLINIQUE

Il est assez délicat de se rendre compte de la fréquence de cette affection.

Les Allemands et auteurs de langue allemande prennent comme point de comparaison le nombre total d'ostéomyélites qu'ils reçoivent dans leurs services.

C'est ainsi que Klemm, sur 269 ostéomyélites des divers os, compte 46 cas de la hanche.

Toutefois, Becker en note 48 sur 167 cas.

Portwich note 14 p. 100 d'ostéomyélites de la tête et du col du fémur pour 86 p. 100 atteignant le reste de l'os.

Johanson a reçu 161 cas de tuberculose de la hanche chez l'enfant; il y avait, parmi ces 161 cas, 49 p. 100 d'ostéomyélites de la hanche.

Dans le service du Professeur Rocher, nous avons pu noter, sur 96 cas d'ostéomyélites, 8 ostéomyélites de la hanche; on peut d'ailleurs remarquer que les grandes articulations sont plus touchées que les petites.

Cette fréquence décroît d'ailleurs avec l'âge; après 25 ans, l'ostéomyélite de la hanche devient exceptionnelle.

On a eu tendance jusqu'ici et principalement en France à distinguer, d'une part, l'ostéomyélite de la première enfance due aux maladies infectieuses aiguës et, d'autre part, l'ostéomyélite essentielle de l'adolescence.

Nous pensons, avec Sœur, que l'ostéomyélite essentielle de l'adolescence est une véritable maladie infectieuse aiguë, de sorte qu'il n'y a pas lieu de conserver cette distinction.

Les microbes responsables de cette maladie sont variés, les statistiques sont nombreuses; elles sont toutefois très

contradictoires, certains auteurs se basant sur l'évidence du microbe dans le pus, d'autres se basant uniquement sur les antécédents du malade.

L'influence du traumatisme comme cause prédisposante n'a pas été nettement étudiée. Sur les 49 cas présentés par Sœur, 7 fois les malades attribuaient leur maladie à un traumatisme antérieur, ceci expliquerait toutefois la plus grande fréquence chez les garçons.

On ne saurait cependant écarter complètement l'influence du traumatisme, car on relève assez souvent la notion d'un traumatisme antérieur.

Le cotyle est rarement le point de départ de cette affection; c'est plus souvent au niveau de la tête ou du col du fémur que débute l'ostéomyélite.

Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue que, par suite de la profondeur de cette articulation, le diagnostic tout au moins précoce présente de grandes difficultés et est même parfois impossible en cas d'ostéomyélite suraiguë emportant le malade par septicémie; la localisation passe, dans ce cas, tout à fait inaperçue et n'est qu'une trouvaille d'autopsie.

Lorsqu'un enfant ou un adolescent présente une température élevée, avec facies d'infecté, aspect typhique et des phénomènes inflammatoires localisés au niveau d'une hanche, il faut toujours penser à une ostéomyélite et orienter son exploration dans ce sens.

Au début, le malade se plaint de sa hanche, plus souvent de tout son membre inférieur, quelquefois du genou, douleur qu'il ressent surtout à l'occasion des mouvements passifs qu'on lui fait faire et qui entraînent une impotence fonctionnelle totale de son membre. Ces douleurs sont d'ailleurs parfois atroces; la cuisse se met en flexion, abduction, position qui donne le maximum de capacité à la synoviale articulaire et permet ainsi au malade de supporter un peu mieux ses douleurs.

Toute tentative d'extension du membre est horriblement douloureuse, et ce redressement cesse d'ailleurs aussitôt que

le membre n'est plus maintenu. Parfois, on trouve la racine de la cuisse tuméfiée, gonflée, ce qui lui donne l'aspect « en gigot ».

On perçoit souvent un empâtement profond, douloureux, siégeant dans la région antérieure. Il existe parfois une circulation veineuse superficielle, fait décrit par Lannelongue.

Ces manifestations locales du début s'accompagnent toujours d'une grave atteinte de l'état général : température à 39, 40 et jusqu'à 40°5, comme cela est relaté dans une de nos observations, pouls à 120, 140; céphalée, état saburral de la langue, insomnie; bref, tous les signes d'affection grave, de septicémie touchant profondément l'état général.

L'évolution de l'arthrite suppurée consécutive à l'ostéomyélite de la hanche peut rester locale, la tête fémorale étant détruite par le processus infectieux, des fusées purulentes intermusculaires pouvant se faire jour jusqu'à la peau; d'autres fois, les accidents généraux dominent la scène, entraînant la mort du malade.

On conçoit que le pronostic vital est donc toujours très grave, le pronostic fonctionnel ne se pose que dans des cas vraiment exceptionnels, la mort étant le plus souvent l'issue d'une arthrite suppurée ostéomyélitique de la hanche non opérée.

Le diagnostic étant posé, l'intervention s'impose d'urgence; cela est actuellement l'avis de la grande majorité des médecins et chirurgiens, mais si tout le monde est d'accord sur la nécessité d'intervenir, les interventions proposées sont diverses; nous allons brièvement passer en revue les principales, celles qui sont le plus employées actuellement.

DU TRAITEMENT DE L'OSTEOMYELITIS DE LA HANCHE

Nous ne ferons que citer le traitement de l'ostéomyélite de la hanche par la vaccination : c'est une méthode qui a pu et qui peut encore donner des résultats, mais qui ne doit s'employer que dans quelques rares cas tout à fait spéciaux ou comme c'est le cas dans une de nos observations, quand la famille s'oppose à toute intervention.

Le traitement général a aussi une grande importance, et les sérums, la trypaflavine, la septicémine et tous les antiseptiques généraux sont certainement très utiles dans le traitement de cette affection; sur ce point, tout le monde est d'accord.

Quant au traitement chirurgical proprement dit, plusieurs ont été préconisés.

Citons simplement pour mémoire la désarticulation de la hanche, qui, vers 1880, a eu son heure de célébrité, mais qui, depuis 1900, fut complètement abandonnée, vu la mortalité très élevée qu'elle entraîne.

L'arthrotomie simple, soit par voie antérieure, soit par voie postérieure, avec drainage, répond à certaines formes avec atteintes peu étendues de l'extrémité supérieure du fémur.

L'arthrotomie avec curettage des foyers infectés, voire avec trépanation ou évidement de l'os, semble déjà une opération bien meilleure; c'est d'ailleurs la technique préconisée par Broca.

Mais si cette opération convient à plusieurs cas d'ostéomyélite, et si certains la préfèrent à la résection, il est des

cas toutefois où elle ne saurait être indiquée : c'est le cas où le cotyle est atteint, soit primitivement, soit secondai-
rement, a un ensemencement par la tête fémorale infectée.

Dans ces cas, nous pensons, avec Ombredanne, le Pro-
fesseur Rocher, le Docteur Papin, que la résection est ici
le traitement qui s'impose et le seul qui permette de faire
un bon drainage de l'articulation.

Nous n'entrerons pas d'ailleurs dans les détails de cette
opération, ceci ayant été mis au point dans la thèse du doc-
teur Bitteau.

Voilà donc les principaux traitements chirurgicaux qui
sont aujourd'hui préconisés pour le traitement de l'ostéo-
myélite de la hanche; chacun a ses avantages et ses incon-
vénients; il ne nous appartient pas d'ailleurs de préconiser
un traitement à l'exclusion des autres; tous, ainsi que le
montreront les observations qui suivent, pouvant, bien appli-
qués, donner des résultats satisfaisants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(MM. LOUBAT et LAPORTE, *Journal de la Société médicale et chirurgicale de Bordeaux*, 23 juin 1931.)

B... (René), 14 ans, entre dans notre service le 5 décembre 1928 pour douleurs au niveau de la cuisse droite. Le début de la maladie remonte à huit jours, caractérisé d'abord par de la fatigue générale, puis un grand frisson accompagné de fièvre, ce n'est que trois jours après qu'apparaissent les phénomènes douloureux permettant de localiser l'affection au membre inférieur droit.

A l'entrée de l'enfant à l'hôpital, les phénomènes généraux sont assez marqués : facies pâle, traits tirés, température, 38°6; pouls, 80.

La cuisse droite est en légère flexion sur le bassin. La racine du membre est tuméfiée dans son ensemble, mais il n'existe pas d'empâtement dans la région inguino-crurale. Les mouvements sont considérablement limités, et la moindre mobilisation provoque des douleurs extrêmement vives. On pose le diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur avec arthrite purulente de l'articulation coxo-fémorale correspondante. Intervention d'urgence.

Incision de Langenbeck, arthrotomie par voie postérieure. Pas de pus en dehors de l'articulation, mais, dès que la capsule est effondrée, il s'écoule environ 10 cc. de pus bien lié; on place un drain dans l'articulation avec deux mèches imbibées de bactépyophage; 2 points rapprochent les lèvres de la plaie. Examen du pus : staphylocoque (Dupérié).

Traitement postopératoire. — Mise en extension continue (3 kilos), pansements quotidiens au bactéryophage avec renouvellement des mèches tous les trois jours.

L'état général se maintient grave; la température oscille entre 31°5 et 39°5 et le pouls entre 100 et 110.

Le 10 janvier 1929, trente-cinq jours après la première intervention, la température monte et se maintient les jours suivants entre 39°5 et 40°5, le pouls s'accélère; bientôt apparaît une fluctuation au niveau des deux épiphyses supérieure et inférieure. Sur la radiographie se voient des lésions considérables de tout le fémur s'étendant depuis le grand trochanter jusqu'aux condyles fémoraux, l'os est infiltré, le périoste décollé. Le col est le siège d'une fracture pathologique, produisant une ascension du grand trochanter, seule la tête fémorale est intacte.

Deuxième intervention : Le 17 janvier 1929 (quarante-cinq jours après la première). Deux incisions externes, l'une au niveau du tiers inférieur, l'autre au niveau du tiers supérieur. L'une et l'autre permettent l'évacuation d'une collection suppurée. Trépanation en gouttière des deux épiphyses. La trépanation de l'épiphyse supérieure expose des géodes du grand trochanter et du canal médullaire; quinze jours après immobilisation dans un appareil plâtré pelvi-pédieux qui sera laissé en place pendant quarante-cinq jours. Cette intervention est suivie d'une chute de la température, qui oscille bientôt entre 37 et 38 degrés, et d'une amélioration notable de l'état général.

Le 25 juillet 1929, six mois et demi après le début, l'enfant commence à marcher; il existe de la claudication, mais peu importante, la flexion du genou est très limitée, trois fistules persistent.

Troisième intervention : Le 11 mars 1930. Agrandissement et curettage du trajet de la fistule inférieure. Extirpation de deux petits séquestres. Mise en place d'une mèche. Le 26 mars 1930, vingt-huit mois après le début de sa maladie, l'enfant sort de l'hôpital avec un bon état général et un fonctionnement du membre satisfaisant, bien que les fistules ne soient pas tarées.

Etat actuel : En mars 1932. La suppuration n'est pas encore tarie. Deux fistules, l'une à la face antérieure de la cuisse au

niveau du tiers supérieur, l'autre sur le bord externe de la cuisse au niveau du tiers inférieur, cette dernière étant celle qui suppure le plus. Pas d'atrophie musculaire, pas d'attitude anormale. A la mensuration, raccourcissement de 2 centimètres portant sur l'articulation. L'exploration des mouvements donne les résultats suivants :

a) Au niveau de la hanche : flexion, 90 degrés; abduction, 10 degrés; adduction, 10 degrés; extension, normale.

b) Genou : flexion, 85 degrés; extension, normale; mouvements de latéralité assez marqués et mouvement de tiroir.

Le fonctionnement du membre est des plus satisfaisants, la marche est normale et le malade peut même courir au pas gymnastique. Station debout normale, le malade s'assied facilement. Etat général excellent.

En juillet 1932, aucun changement depuis le mois de mars dernier. Etat local semblable. L'état général continue à être excellent, l'enfant vivant chez ses grands-parents à la campagne.

OBSERVATION II.

(MM. LOUBAT et LAPORTE, *Journal de la Société médicale et chirurgicale de Bordeaux*, 25 juin 1931.)

J... (Gaston), 4 ans et demi, tombe subitement malade le 23 février 1931. Des phénomènes généraux : vomissements, fatigue générale, marquent seuls ce début. Le lendemain, l'enfant accuse de vives douleurs à la racine de la cuisse gauche, de l'agitation, apparaît le lendemain, mais ce n'est que quatre jours après que l'enfant entre à l'hôpital.

Etat général très touché; température, 39 degrés, pouls, 140. Cependant plus de prostration, ni de délire. La cuisse gauche est en flexion, abduction et rotation externe très marquées, le genou est fléchi sur la cuisse. La racine du membre est tuméfiée et chaude, la palpation, qui provoque de vives douleurs, révèle de l'empatement de la région inguino-crurale. Tout mouvement est impossible et toute tentative de mobilisation arrache des cris

au malade. On porte le diagnostic d'ostéomyélite de la hanche avec arthrite purulente. *Intervention d'urgence.* Incision de Langenbeck : Arthrotomie par voie postérieure. Incision de la capsule et désinsertion partielle sur l'os coxal; il y a issue d'un flot de pus provenant de l'articulation et d'un abcès arthrifluent situé en avant dans le triangle de Scarpa.

La tête articulaire et le col ne présentent aucune lésion. -

Mise en place d'un drain pénétrant à l'intérieur de l'articulation et d'une mèche imbibée de bactéryophage. Immobilisation en extension continue.

Les quatre jours suivants, l'état général demeure très inquiétant : agitation extrême; température entre 39 et 40 degrés; pouls, 140°. On fait un abcès de fixation, deux injections intraveineuses de septicémine, une défervescence se produit; puis le dixième jour, bien que l'état général soit très amélioré, la température remonte et le pouls s'accélère. Le dix-huitième jour, nouvelle défervescence définitive; le vingt-cinquième jour, la température est devenue normale. Localement, la suppuration se tarit rapidement, on supprime le drain le trentième jour; l'extension continue le quarante-cinquième jour et la plaie est complètement cicatrisée le cinquantième jour.

Deux mois après le début de l'affection, le petit malade se lève et marche d'une façon tout à fait satisfaisante.

L'examen fait à ce moment donne les résultats suivants : Aucune fistule, aucune attitude anormale du membre. Raccourcissement de 0 cm. 5 du membre inférieur gauche portant sur l'articulation coxo-fémorale. Tous les mouvements sont conservés et, bien que légèrement diminués, atteignent une grande amplitude : la flexion atteint 100 degrés; l'abduction, 45 degrés; l'extension atteint la ligne droite sans la dépasser. Aucun de ces mouvements n'est douloureux, le signe de la clé ne provoque aucune douleur. La radio montre une tête fémorale très régulière et bien en place, aucune lésion osseuse visible tant au niveau de l'extrémité supérieure que de la diaphyse fémorale. Actuellement, aucun changement depuis le mois d'avril 1932. Etat local excellent, état général parfait.

OBSERVATION III.

(Docteur PAPIN, *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*,
30 oct. 1932.)

B... (René), âgé de 3 ans, nous est conduit en janvier 1923 parce qu'il a souffert violemment de la cuisse droite depuis trois semaines, mais il présente une température très élevée, 40 degrés depuis plusieurs jours.

A l'examen de cet enfant, on constate tous les signes d'une arthrite aiguë de la hanche : attitude du membre inférieur, en rotation externe et abduction. Mouvements impossibles ou horriblement douloureux et surtout œdème de la racine de la cuisse. Une radiographie est pratiquée et montre des lésions très nettes au niveau du cartilage de conjugaison et sur une étendue de 4 centimètres de la diaphyse fémorale. Ces lésions représentent le type de la destruction ostéomyélitique. Il ne paraît pas de points touchés au niveau de la cavité cotyloïde.

Une arthrotomie est faite et permet l'évacuation d'une certaine quantité de pus. On fait un curettage minime de l'os au niveau où les lésions paraissaient le plus étendues radiographiquement. Un drainage au Dakin est institué. A partir de ce moment-là, la température subit des oscillations variables, mais a tendance à régresser progressivement. La suppuration se tarit à peu près complètement au bout de trois mois. Il a été fait un auto-vaccin avec le pus à staphylocoques.

A partir de ce moment, l'évolution de l'ostéomyélite sera tout entière dans les images successives que nous apporteront les radiographies pratiquées fréquemment. Les phénomènes aigus du début et le danger de septicémie ayant été écartés, l'affection prend l'allure chronique classique, c'est-à-dire qu'une suppuration légère s'installe avec de temps à autre des poussées thermiques. Une radiographie pratiquée trois mois après le début montre une extension importante des lésions de l'os. La tête du fémur s'est décapitée spontanément au niveau du cartilage de conjugaison et, sur 3 centimètres de hauteur, tout le fémur apparaît comme désagrégé et à l'état de bouillie osseuse.

Six mois après, l'état des lésions est le suivant : L'extrémité supérieure du fémur apparaît renflée avec une réaction périostique importante, et elle a tendance à s'engainer à nouveau avec un des pôles de la tête précédemment complètement séparée d'elle. A partir de ce moment, les radiographies pratiquées de six mois en six mois ont montré une tendance à la réparation progressive des lésions. La tête fémorale qui paraissait vouée à une résorption complète, s'est peu à peu reconstituée. Une sorte de butée osseuse par hypertrophie de l'angle du toit s'est établie et est venue faire un appui solide à l'extrémité supérieure du fémur.

Cliniquement, plusieurs fistules se produisirent secondairement avec élimination de petits séquestres à la racine de la cuisse. Le membre s'étant mis progressivement en abduction, comme il est de règle, une ostéotomie sous-trochantérienne fut pratiquée pour redresser le membre. En même temps, les fistules se tarirent progressivement et surtout après deux séjours à Barèges. Aucune autre intervention chirurgicale ne fut pratiquée sur l'extrémité supérieure du fémur.

Neuf ans après, l'état de l'enfant est le suivant : Bonne ankylose de la hanche. La tête fémorale, qui apparaissait dans les premiers mois de l'ostéomyélite comme devant se résorber complètement, loin de disparaître, est venue se reconstituer partiellement sur l'extrémité supérieure du fémur, et elle forme avec elle un rudiment de col qui, grâce à l'hypertrophie de l'angle du toit, donne un appui aussi bon que si l'on avait réalisé une arthrodèse extra-articulaire. Il y a un raccourcissement de près de 8 centimètres.

L'enfant marchait déjà depuis plusieurs mois avec une chaussure spéciale et directement sur le membre malade lorsque apparurent des phénomènes fébriles graves en même temps que le malade se plaignait de souffrir beaucoup de la hanche du côté opposé. On assista à nouveau sur cette hanche à tous les phénomènes d'une arthrite aiguë, horriblement douloureuse, température à 41 degrés. Etant donnés les antécédents, le diagnostic probable d'ostéomyélite fut posé, tout en demeurant non vérifié par la radiographie qui, pratiquée à ce moment, ne montra naturellement aucune lésion. Les jours suivants, apparition d'une tuméfaction indiquant une réaction

violente du côté de l'ischion et présence d'un abcès au niveau de la clavicule droite. Le pus de cet abcès montra du staphylocoque. Une hémoculture fut positive au staphylocoque. Bref, le diagnostic de septicémie staphylococcique fut posé. La question d'intervenir sur la hanche se posait étant donnée la température très élevée.

L'état général étant très grave et l'enfant paraissant devoir être emporté, les parents refusèrent toute intervention. On se contenta de faire des injections de trypaflavine intraveineuse et un autovaccin préparé avec le pus de la clavicule droite.

La température, qui se maintenait depuis quelques jours entre 40 et 40°5, céda nettement après 3 injections de trypaflavine et se maintint simplement entre 38 et 39 degrés, durant la quinzaine suivante. En même temps, elle avait tendance à s'abaisser très nettement. Durant huit semaines, l'autovaccin fut continué et, progressivement, la température redescendit définitivement à 37 degrés au bout de sept semaines.

Les douleurs horriblement vives de cette arthrite aiguë de la hanche gauche disparurent peu à peu. Le membre fut redressé progressivement par un grand appareil plâtré et mis en extension.

Radiographiquement, les lésions inexistantes au début se précipitèrent et, un mois après, on pouvait voir à la radio un séquestre constitué par une petite partie de la tête fémorale. En même temps, disparition de l'interligne articulaire. Six semaines après, une fois le redressement plâtré effectué, les lésions s'étaient étendues à une partie plus considérable de la tête. Le cartilage de conjugaison avait disparu et tout le tiers supérieur de la tête et du col montrait les reliquats de l'atteinte d'ostéomyélite.

OBSERVATION IV.

(Thèse du Docteur BITTEAU, 24 janv. 1930.)

C... (Antoine), 13 ans, entré à la clinique de M. le Professeur Rocher le 23 mai 1925.

Histoire de la maladie. — Le 12 mai 1925, jouant au tennis dans la cour du collège, l'enfant reçoit au niveau de la hanche gauche

une balle de tennis lancée très fortement par un de ses camarades. La douleur très vive l'arrête durant un quart d'heure environ, puis il reprend la partie.

Au bout de trois jours, une douleur apparaît au niveau de la hanche et de la cuisse gauches. L'enfant reste au lit, un médecin consulté pense à du rhumatisme et ordonne des cachets de salicylate de soude. Malgré ce traitement, l'état s'aggrave, le petit malade a une température de 40 degrés, la douleur au niveau de la hanche est très vive, l'enfant a maigri et présente un facies très net d'infecté. On fait appeler le Docteur Saint-Philippe qui porte le diagnostic d'ostéomyélite de la hanche et conseille le transport immédiat à la clinique. L'enfant arrive le 23 mai 1925, à 7 heures du soir, à la clinique du Professeur Rocher.

Le 23 mai 1925 : Intervention. Vu l'état général grave, le Docteur Rocher décide d'intervenir sans attendre un examen radiographique. Il procède à la résection de la hanche par voie postérieure sous anesthésie générale au chloro-éther.

Le 27 mai : Appareil pelvi-pédieux. L'enfant reste à la maison de santé en extension durant quatre mois. À la fin du mois de septembre, il part muni d'un appareil en cuir.

Le 7 février 1926 : Le malade revient porteur d'un trajet fistuleux au niveau de la hanche. Lésion d'ostéite que le stylet révèle à la partie centrale de l'incision fessière; on curette un foyer fongueux à la partie supérieure du fémur, mais on ne trouve pas de séquestres. Nettoyage à l'éther, fermeture et drainage. Guérison au bout de 2 mois.

Le 18 juin 1926 : Nouveau curettage pour un nouvel abcès qui s'est formé. Incision de cet abcès à la partie supérieure de la fesse, le long de la crête iliaque.

Le 10 juillet 1926 : Nouveau curettage. Cicatrisation en l'espace de deux mois.

Le 13 novembre 1927 : Un abcès s'est formé dans la fosse iliaque interne du côté gauche. Curettage au niveau de la fosse iliaque, il n'y a pas de lésions osseuses. L'exploration lipiodolée montre un décollement au niveau de la fosse iliaque interne. Cicatrisation au bout de deux mois.

Depuis le début de 1928, aucun incident douloureux, l'amélioration fonctionnelle n'a fait que s'accroître.

Le 21 décembre 1929 : A l'inspection, grande cicatrice arciforme traversant la partie moyenne de la fesse. Les muscles moyen fessier et petit fessier paraissent atrophiés, tandis qu'en arrière on sent les masses musculaires formées par le grand fessier, qui est très développé.

Le membre inférieur gauche est en attitude correcte avec légère rotation externe. Le membre est nettement raccourci, la mensuration donne pour le membre inférieur gauche 78 centimètres, soit 9 centimètres de raccourcissement par rapport au membre inférieur droit.

En ce qui concerne l'articulation de la hanche, la flexion est possible jusqu'à un angle ilio-fémoral de 80 degrés. Abduction, 55 degrés. Adduction, 30 degrés. Grande souplesse des mouvements de rotation, cependant avec légère limitation pour la rotation interne.

L'atrophie du membre est révélée par la mensuration qui donne :

Circonférence des cuisses : 43 centimètres à gauche; 51 à droite;

Longueur des tibias : 33 centimètres à gauche; 34 à droite.

Le jeune homme peut se tenir sur le membre inférieur gauche en position très correcte avec forte contraction des muscles fessiers, mais avec cependant signe de Trendelenburg. Il s'accroupit facilement. Sans souliers, il marche sur la pointe des pieds, en boitant du côté gauche et avec balancement du tronc de ce côté au moment de l'appui.

Avec un soulier orthopédique, il court un peu, fait de la bicyclette, danse et, lorsqu'il va à la chasse, peut faire de longues marches de 10 à 12 kilomètres.

OBSERVATION V (Inédite).

Ostéomyélite de la hanche gauche. — Guérison.

D... (Albert), 7 ans. Entre à la clinique rue du Teich le 20 novembre 1930.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Né à terme, aucune maladie à retenir.

Histoire de la maladie. — Au début du mois de mars 1930, l'enfant, parti un matin bien portant pour l'école, est ramené le soir à la maison présentant de la fièvre, avec vomissements, agitation, céphalée. L'enfant est couché; au bout de quarante-huit heures, la température avait atteint 40 degrés et l'enfant se plaignait de sa hanche gauche. Le Docteur Candelon, consulté, pense à du rhumatisme. Un traitement est institué.

L'état du petit malade reste stationnaire pendant huit jours environ. A ce moment, un autre foyer douloureux se déclare au niveau du tibia gauche. Une radiographie est faite à ce moment, et à la suite de cet examen le diagnostic d'ostéomyélite est posé.

Cet abcès tibial est incisé à la clinique du Docteur Biars à Agen. La fièvre tombe pendant quatre ou cinq jours.

Mais le foyer de la hanche continuant à évoluer, la température remonte. Une radiographie de la hanche faite à ce moment indique une luxation pathologique avec fonte partielle du cotyle.

Le 20 avril 1930, on incise au niveau de la hanche en avant. On suture aussitôt.

L'enfant est reconduit chez lui, mais quinze jours après, c'est-à-dire vers le 5 mai 1930, la plaie s'ouvre, une fistule qui donne abondamment persiste, la fièvre oscille entre 38 et 39 degrés; l'enfant dépérissant, le père, sur les conseils du docteur, accompagne son fils à Bordeaux à la clinique du Professeur Rocher le 20 novembre 1930.

Entre à la clinique de la rue du Teich le 20 novembre 1930.

A l'examen. — On remarque du côté de la hanche gauche une luxation pathologique de la hanche avec destruction du toit du cotyle, cotyle qui est devenu fuyant et oblique.

On note d'autre part une périostose en haut de cet écoulement cotyloïdien. Le moignon du col du fémur est également rongé par l'infection, de telle sorte que ce moignon cervical ressemble avec le massif trochantérien, également bouleversé par l'ostéite raréfiante, à la tête d'un canard ou à celle d'un chien.

On voit que le noyau de la tête, qui a conservé sa structure, son opacité, constitue un séquestre dans cette articulation disloquée, séquestre qui entretient la suppuration, provoquant ainsi les lésions destructives progressives du col (radio n° 1).

Il n'y a qu'un moyen d'opérer la cicatrisation des lésions, c'est d'enlever la tête du fémur séquestrée et de mettre le membre inférieur gauche en extension continue pour éviter la luxation pathologique. On décide d'intervenir le jour même.

Le 20 novembre 1930 : On fait une arthrotomie par voie antérieure. Extirpation de la tête nécrosée qui se trouve au fond du cotyle, curettage des foyers fongueux et du col. Drainage. On met le membre en extension.

Au mois de décembre 1930 : Opéré de son foyer d'ostéomyélite chronique prolongée du tibia contemporain de son arthrite suppurée. Guérison *per primam*.

Le 25 février 1931 : Le pied est un peu gonflé; on sectionne l'appareil plâtré dans toute sa longueur; l'enfant quitte l'hôpital.

Le 3 avril 1931 : L'enfant revient. Appareil orthopédique en cuir moulé pour soutenir l'articulation. On conseille au malade de marcher avec des cannes anglaises.

Le 3 mai 1931 : Un mois après, l'enfant est vu au cours de perfectionnement du Professeur Rocher.

Les mensurations des deux membres faites à ce moment donnent :

Membre inférieur droit (longueur), 63 cm. 5;

Membre inférieur gauche (longueur), 64 cm. 5;

soit 1 centimètre de raccourcissement.

On constate une néarthrose fibreuse de la hanche, de la raideur du genou, dont la flexion de la jambe sur la cuisse ne dépasse pas 9 degrés.

Le 9 novembre 1931 : Parfait état général de l'enfant. On ne note plus de raccourcissement du membre inférieur gauche. L'articulation du genou est toujours raide par suite d'une ankylose fibreuse. L'articulation de la hanche est très serrée, le fonctionnement du pied est normal. L'enfant porte toujours son appareil orthopédique.



I. — *Radiographie se rapportant à l'observation V.*

Cette radiographie prise au début de l'affection nous montre le décollement pathologique de la tête fémorale.



II. — *Radiographie se rapportant à l'observation n° VI.*

Cette radiographie prise 2 ans après la fin de l'affection nous montre un moignon de col légèrement antéversé, on y voit l'organisation d'une ankylose fibreuse, premier pas de l'ankylose osseuse en voie de formation.



III. — Radiographie se rapportant à l'observation n° VII.

Cette radiographie prise 8 ans après la contusion des lésions montre la consolidation d'une néarthrose avec un large interligne clair entre le moignon du col et le cotyle.



IV. — Cette photographie montre la station normale du sujet, le membre inférieur droit reposant sur la pointe du pied.



Photographies se rapportant à l'observation VII.

V. — Cette photographie montre le sujet se tenant sur son membre opéré.

Etat actuel. — Cet enfant a été revu le 17 novembre 1932. Il existe actuellement 1 centimètre d'allongement du côté gauche, malgré l'intervention subie à la hanche, et il est probable que le processus ostéomyélitique a été la cause de l'irritation des cartilages de conjugaison de ce côté. Il ne persiste au niveau de la hanche qu'un seul mouvement de flexion, qui s'effectue avec une amplitude de 30 degrés environ. L'attitude du membre est correcte. Le sujet porte toujours son appareil en cuir moulé par prudence et pour éviter toute déviation ultérieure. |

Les autres articulations : genou et pied fonctionnent normalement. Etat général excellent. Résultat parfait.

OBSERVATION VI (Inédite).

Ostéomyélite de la hanche droite. — Guérison.

N... (Maurice), 7 ans. Entre à la clinique rue du Teich le 12 mai 1930.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Né à terme, l'enfant n'a jamais été malade.

Histoire de la maladie. — Le 8 mai 1930, début brusque par douleur dans la hanche droite, contracture, fièvre élevée à 40 degrés, facies d'infecté. Le Docteur Fontan appelé, examine l'enfant et, en présence des signes précédents, pense à une arthrite suppurée de la hanche.

Le 10 mai 1930 : On fait faire une radiographie. Celle-ci, comme dans toute arthrite ostéomyélitique au début, ne montre aucune lésion. On pense alors à des douleurs de croissance. Mise en extension continue du membre inférieur droit de l'enfant. Il s'ensuit une amélioration passagère. La journée du dimanche 11 mai 1930 n'est pas satisfaisante. L'enfant est agité et par moments a du délire. Une hémoculture faite le dimanche soir par le Docteur Piéchaud révèle le streptocoque dans le sang de l'enfant.

Le 12 mai 1930 au matin, l'enfant entre à la clinique. Devant le mauvais état général de l'enfant, et après consultation faite avec le Docteur Fontan, on décide d'intervenir immédiatement.

A 11 heures du matin, le 12 mai 1930, on fait une arthrotomie par voie postérieure. Pus en grande quantité. Résection de la tête fémorale. On établit un drainage. La tête estensemencée, le pus révèle le streptocoque.

Etat général grave. Température élevée. On fait du sérum antistreptococcique Clin pendant une semaine. Le soir du 12, état général meilleur. A 10 heures du soir, température 40°9.

Dans la nuit du 13 au 14 mai, l'état s'améliore. Le mercredi 14 au matin l'enfant paraît plus reposé; la langue est un peu saburrale.

Le 24 mai : Mise en place d'un appareil plâtré fenêtré immobilisant le membre en abduction légère.

Le 1^{er} septembre 1930 : Ablation de l'appareil plâtré. Suppuration tarie. L'articulation de la hanche est souple; mais on note un peu d'éversion.

Le 10 septembre 1930 : On met en place un appareil orthopédique en cuir pour corriger la tendance à l'adduction.

Depuis le 10 novembre 1930, l'enfant ne se plaint plus de sa hanche; plus aucune crise douloureuse, l'articulation est solide, il ne subsiste aucune mobilité, l'attitude du membre est correcte.

Une radio faite en novembre 1931 montre que le col est séparé du cotyle par un interligne clair; le cotyle est légèrement ovalisé.

En décembre 1930, l'enfant porte toujours son appareil en cuir. Il fait à ce moment une nouvelle crise douloureuse au niveau de sa hanche droite, crise qui dure quinze jours. Le Docteur Fontan, qui suit toujours son petit malade, lui fait à ce moment 4 piqûres de sérum antistreptococcique Clin.

A la suite de ce traitement, la crise douloureuse cesse.

En janvier 1931 : Récidive des douleurs. On fait à ce moment-là une série de 10 piqûres de sérum antistreptococcique Clin. Disparition des douleurs. Bon état général.

Etat actuel. — Actuellement, c'est-à-dire deux ans après la dernière crise douloureuse, l'état de l'enfant est le suivant : Hanche

complètement ankylosée en rectitude, solide; l'enfant porte toujours son appareil de cuir. La cicatrice rectiligne est adhérente aux plans profonds.

Il existe un raccourcissement de 1 centimètre qui entraîne une boiterie légère. L'enfant n'accuse plus aucune douleur; il marche et court sans fatigue. L'état général est excellent.

Radio n° 2 : Cette radiographie, pratiquée le 4 décembre 1932, montre un col légèrement antéversé. Une néarthrose fibreuse solide s'est constituée, néarthrose fibreuse qui paraît d'ailleurs en voie d'ossification.

OBSERVATION VII (Inédite).

Ostéomyélite de la hanche droite. — Guérison.

G... (Henri), 10 ans 1/2. Entre à la clinique le 20 décembre 1922.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Né à terme; allaitement artificiel sans incidents.

Dans la seconde enfance, rien de particulier, si ce n'est de temps en temps quelques angines avec rhino-pharyngite.

A été opéré des végétations adénoïdes par le Docteur Claoué en 1921.

Histoire de la maladie. — Au cours de l'été 1922, cet enfant se plaignait souvent et sans cause effective de fatigue et demandait à être porté au cours des promenades.

En septembre 1922, l'enfant, au cours d'une promenade de 3 kilomètres environ, a été pris d'une douleur dans la jambe droite, douleur très violente qui contraind l'enfant à se coucher. Il garda le lit pendant une dizaine de jours. On note à ce moment une fièvre allant de 39 à 40 degrés, sans que l'attention puisse se fixer sur une cause quelconque.

Mis au collège en octobre 1922, il a été pris le 14 décembre brusquement d'une douleur intense de la fesse, de la cuisse et du genou droits.

Ces douleurs persistèrent dès lors pendant quelques jours, très

violentes, empêchant le sommeil, accompagnées de fièvre (38 à 39 degrés), et avec signes d'infection générale : céphalée, malaise, état saburral de la langue.

A l'examen. — L'enfant se présente couché sur le côté gauche, le membre inférieur droit en demi-flexion et rotation interne, avec attitude de défense. Les mouvements provoqués étaient rendus impossibles en présence d'une douleur extrêmement vive.

On ne note pas de déformation; la percussion n'éveille pas de douleur précise, tandis que le moindre mouvement de la cuisse exaspère une douleur déjà insupportable.

On note un souffle systolique à la pointe du cœur, propagé dans l'aisselle, souffle datant de l'enfance.

Pas d'albuminurie.

Le Professeur Rocher, appelé en consultation le 20 décembre 1922, examine le malade et porte le diagnostic d'arthrite suppurée de la hanche droite due probablement à une ostéomyélite du col du fémur. Le malade avait une température élevée; le signe de la clé était très douloureux.

Une intervention est décidée d'urgence.

Intervention le 20 décembre 1922. — Opération sous anesthésie générale au chloroforme. Incision le long du bord externe du couturier. Arthrotomie de la hanche. On rencontre du pus, que l'examen microbiologique révéla être du staphylocoque à l'état pur.

Réséction de la tête du fémur à l'ostéotome; le tissu spongieux au niveau de la tête du fémur paraît infiltré de pus.

L'enfant est mis en extension.

Le 16 janvier 1923 : Un mois après, il est placé dans un appareil plâtré.

Au mois de juillet 1923 : Devant la persistance d'un trajet fistuleux et de lésions d'ostéite, que confirme une radiographie du Docteur Réchou, on fait un premier curettage.

La suppuration persistant, au mois de décembre 1923 un débridement large est fait au niveau des muscles de la fesse pour suivre un trajet fistuleux qui a été révélé par une injection de lipiodol.

La cicatrisation des lésions est obtenue complète le 14 octobre 1924.

Au 1^{er} juillet 1926, le sujet a 2 cm. 5 de raccourcissement; il a une amplitude de flexion de 115 degrés, 30 degrés d'adduction, 40 degrés d'abduction. Les rotations interne et externe sont parfaitement possibles.

Grosse puissance du muscle quadriceps, malgré les incisions opératoires.

On assiste à ce moment à un retentissement de l'infection sur les glandes endocriniennes : développement statural anormal, tandis que les testicules restaient petits.

Cet enfant a eu pendant quatre ans un traitement opothérapique thyro-orchitique et quelquefois même une opothérapie totale avec des extraits Choay.

Etat actuel (déc. 1932). — Huit ans après la cicatrisation des lésions. La flexion du membre atteint 90 degrés, l'abduction 30 degrés, l'adduction 30 degrés, la rotation externe 80 degrés, rotation interne abolie. L'attitude du membre est correcte en extension. Il existe au niveau de la hanche une cicatrice en forme de « L » à branches à peu près égales : l'une suit le bord externe du couturier, l'autre s'étend à mi-trajet entre la crête iliaque et le grand trochanter. Ces cicatrices sont larges, gaufrées et adhérentes au squelette.

Le signe de Trendelenburg est positif à droite du fait de la section des muscles fessiers.

La marche se fait avec une canne, de manière à diminuer la boiterie. On note un raccourcissement de 4 centimètres. Il existe une obésité assez marquée au niveau de la paroi abdominale. Testicules légèrement diminués de volume, un peu mous; développement pileux normal au niveau du pubis; verge bien développée; il n'y a pas de voix eunuquoïde; l'intellect est normal. Le sujet fait ses études de droit. Comme sports que pratique ce jeune homme, signalons la chasse et le tennis.

Depuis la cicatrisation des lésions, qui remonte au 14 octobre 1924, il n'est survenu aucune récurrence d'infection, aucune poussée inflammatoire douloureuse au niveau de son articulation réséquée.

La radiographie, pratiquée le 1^{er} décembre 1932 par M. le Professeur Réchou, montre la constitution d'un grand cotyle, à toit

oblique, encadré d'un sourcil épais, trapu, fait d'os condensé. La rupture de l'ogive cervico-pubienne accuse une ascension qui peut être de 2 centimètres, ce qui laisserait entendre que les deux autres centimètres trouvés à la mensuration sont dus aux troubles de l'ostéogénèse, entretenus par la résection de la tête fémorale et peut-être par les troubles d'ostéogénèse se répercutant particulièrement sur l'épiphyse inférieure du fémur. Mais on est heureusement frappé de voir que le col du fémur s'est façonné, modelé, dessinant une tête d'oiseau, formé d'os condensé, séparé du toit cotyloïdien par un large interligne clair qui explique le bon fonctionnement de la néarthrose coxofémorale (radio insérée).

On peut donc dire qu'il s'agit là d'un résultat parfait.

DISCUSSION

Nous avons groupé ici huit observations d'ostéomyélite de la hanche qui ont été traitées de façons diverses; mais ce qu'il y a d'agréable à constater, c'est que dans tous les cas on est arrivé à de bons résultats.

Les deux premières observations ont été publiées par MM. Loubat et Laporte. Ils relèvent deux cas d'ostéomyélite qui ont été guéris par simple arthrotomie.

MM. Loubat et Laporte attribuent ce fait en partie à l'absence de lésions osseuses au niveau de la tête du fémur et à la facilité avec laquelle chez l'enfant une articulation retrouve ses mouvements après une arthrite. Ils notent toutefois que le cas est assez rare. Cependant, ils ne pensent pas que, dans ce cas, on aurait obtenu un résultat aussi satisfaisant si l'on avait pratiqué la résection de la tête fémorale, opération qu'il faut réserver, disent-ils, au cas où l'on se trouve en présence de lésions osseuses graves constatées à l'intervention.

M. le Professeur Rocher s'est demandé si la résection n'eût pas été préférable pour la première observation, car il persiste encore actuellement une ostéomyélite chronique du fémur droit.

Nous pensons qu'il est évidemment très difficile de juger dans ce cas quelle opération eût été meilleure. On se trouve en présence d'un résultat par arthrotomie, le résultat par résection eût-il été meilleur, il est vraiment osé de vouloir se prononcer sur ce cas.

La troisième observation est une observation double qui

nous a été communiquée par le Docteur Papin et qu'il a publiée dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 30 octobre 1932.

La première ostéomyélite a été traitée par la méthode de Broca : Arthrotomie, puis léger curettage osseux; il a préféré employer cette méthode que la résection qui, dit-il, a un avenir lamentable. On est surpris par le fait que la tête fémorale décollée s'est reconstituée partiellement sur l'extrémité supérieure du fémur et qu'ainsi un bon appui ait pu se faire. Toutefois on a un raccourcissement de 8 centimètres. Il est permis de se demander si ici la résection n'eût pas été préférable. On aurait eu vraisemblablement une aussi bonne ankylose; toutefois, le fait de la reconstitution de la tête fémorale justifie l'intervention qui a été appliquée.

La deuxième ostéomyélite guérie par vaccination est un fait véritablement exceptionnel qu'il est toutefois intéressant de relever.

Il ne faut d'ailleurs pas oublier en plus des traitements chirurgicaux de mettre en œuvre tous les moyens biologiques pour lutter contre l'infection générale.

A côté de ces quatre observations, nous apportons quatre autres observations d'ostéomyélite qui nous ont été communiquées par le Professeur Rocher.

Toutes les quatre ont été traitées par la résection ou l'extirpation de la tête déjà décollée, et on a eu dans ces quatre cas d'excellents résultats.

La première observation, qui a d'ailleurs déjà été publiée par le Docteur Biteau dans sa thèse, montre un bon résultat. Malgré un raccourcissement de 9 centimètres, ce jeune homme, qui a conservé une articulation souple, peut faire de la bicyclette et peut même faire 40 à 12 kilomètres à pied. Il est bien évident que c'est là un résultat vraiment excellent.

Les trois autres observations sont des observations inédites. La première de ces observations montre, elle aussi, un résultat vraiment excellent après une extirpation de la tête nécrosée qui se trouvait au fond de l'articulation.

Il persiste au niveau de l'articulation un seul mouvement de flexion qui s'effectue avec une amplitude de 30 degrés environ. On note un allongement du côté malade de 1 centimètre environ dû vraisemblablement à l'excitation de l'ostéogénèse par l'infection au niveau des cartilages de conjugaison. L'attitude du membre est correcte. Ici encore, on a un très bon résultat.

L'observation suivante relate encore une ostéomyélite de la hanche droite traitée par la résection de la tête fémorale. Le résultat est aussi ici excellent. On a une ankylose totale de la hanche avec un raccourcissement de 1 centimètre. L'enfant marche et court sans fatigue et ne se plaint nullement de son articulation, qui est très solide.

Mais l'observation la plus intéressante est, sans contredit, la dernière; il s'agit dans celle-ci d'un enfant de 10 ans 1/2 à qui on a fait une résection de la tête fémorale droite.

Cet enfant, ou plutôt actuellement ce jeune homme, présente le plus beau résultat que nous ayons enregistré à la suite d'une ostéomyélite de la hanche.

Et cette observation est intéressante tant au point de vue du résultat anatomique que du résultat fonctionnel. L'examen radiographique, en effet, comme l'examen clinique, se corroborent.

Il est bien entendu que, lorsque le sujet se tient sur le membre inférieur droit, le haut du corps bascule de ce côté. Le signe de Trendelenburg est positif.

La section des muscles fessiers par la cicatrice transversale qui a été nécessitée par les deux interventions qui ont suivi la résection de la hanche explique cette défectuosité dans la station debout; mais, par ailleurs, la musculature antérieure de la cuisse, et notamment celle du quadriceps, est vigoureuse puisque, appuyant sur le genou, on ne peut vaincre qu'avec beaucoup de difficultés l'effort que fait le malade et qui aboutit à l'élévation du membre au-dessus du plan de la table d'examen. Donc, la flexion de l'articulation de la hanche est aussi excellente que possible et si la rota-

tion externe se fait également dans une amplitude notable, l'abduction et l'adduction existent quoique assez limitées, seule la rotation interne a disparu.

La persistance de tous ces mouvements se justifie par l'image radiographique ci-incluse qui montre le parfait emboîtement de cette néarthrose avec l'interligne clair qui sépare le col du fémur du toit cotyloïdien.

Comme ce jeune homme peut marcher sans se fatiguer pendant plusieurs kilomètres, qu'il chasse et qu'il joue même au tennis, on peut se rendre compte du parfait résultat obtenu par la résection de la tête fémorale.

CONCLUSIONS

Nous apportons à l'étude de l'ostéomyélite de la hanche la contribution de huit observations.

De leur analyse, il découle :

1° « La gravité de l'infection articulaire aiguë coxo-fémorale » est variable et fonction de plusieurs facteurs : âge du sujet, nature et virulence du microbe en particulier.

2° *Ipso facto*, le traitement sera approprié au degré de gravité.

3° La vaccinothérapie méthode adjuvante à préconiser systématiquement peut exceptionnellement être curative.

4° L'étude clinique suffit à poser l'indication opératoire, le traitement de cette affection étant uniquement d'ordre chirurgical. Le diagnostic clinique prime l'examen radiographique, impuissant à déterminer l'étendue des lésions osseuses et par là même incapable de nous aider à tracer les limites de l'acte opératoire.

a) L'arthrotomie simple doit être réservée aux cas où les lésions osseuses sont minimales; ses résultats sont satisfaisants au point de vue fonctionnel.

b) L'arthrotomie avec curettage est une intervention rarement usitée; elle laisse comme séquelle lointaine une ankylose de l'articulation;

c) La résection est une opération de nécessité que légitime l'infection profonde du sujet; en l'absence de toute constatation clinique ou radiographique, elle permet d'identifier et de localiser les lésions osseuses. Elle seule assure le vrai drainage de l'articulation. Le résultat de cette résection sera

soit l'ankylose osseuse, dont il convient de diriger la formation en position normale, ou la néarthrose, qu'il faudra établir sous le toit du cotyle pour éviter la luxation pathologique.

Dans les deux cas, un appareillage orthopédique s'imposera primitivement. Ultérieurement, le résultat fonctionnel sera satisfaisant si le raccourcissement n'est pas trop important.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS. \ \

H.-L. ROCHER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHEZ. — De la résection dans l'ostéomyélite. Thèse Paris, 1901-1902.
- BERNARD. — De l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. Thèse Bordeaux, 1897-1898.
- BESSIS. — Ostéotomie sous-trochantérienne pour ankylose vicieuse de la hanche. Thèse Paris, 1923.
- BINET et BARTHELÉMY. — Un cas d'ostéomyélite totale du fémur. Société médicale de l'Est, 1919.
- BITTEAU. — Contribution à l'étude du traitement des ostéomyélites aiguës de la hanche par la résection de la tête fémorale. Thèse Bordeaux, 1930.
- BROCA. — Arthrite aiguë et ostéomyélite de la hanche. *Rev. d'orthop.*, 1902.
- Ostéomyélite de la hanche. *Rev. de chir. infantile*, 1914, p. 323.
- BROCA, DESMONS, LANNELONGUE. — Discussion sur l'ostéomyélite de la hanche. Congrès de gyn. obst. et péd., Bordeaux, 1895.
- BROCA, DELANGLADE et BARBARIN. — Arthrites aiguës d'ostéomyélite de la hanche. *Revue d'orthopédie*, 1902, p. 257 et 354.
- BRUNS et HONSELL. — De l'ostéomyélite aiguë au niveau de l'articulation coxo-fémorale. *Beit. Zur Klin. Chir.*, Tübingen, 1899.
- CARDOT. — Etude clinique sur l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. Thèse Paris, 1901-1902.
- CASTEL. — Etat actuel du traitement immédiat de l'ostéomyélite de croissance. Thèse Montpellier, 1912.

- CAUBET. — L'ostéomyélite de la hanche, en particulier chez l'enfant. *Gaz. des hôp.*, 1907.
- CERNÉ. — De la résection précoce dans l'ostéomyélite des os longs en voie de croissance avec suppuration de l'articulation voisine. Congrès franç. de chir., 1883.
- CHARRIER. — Deux observations d'auto-vaccination (hanche-fémur). *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1924.
- CHAVANNAZ. — Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur avec envahissement de l'articulation coxo-fémorale. Soc. de gyn., obst. et péd., Bordeaux, 1897.
- COEUDEROY. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. Thèse Paris, 1899.
- COUDRAY. — Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. Difficulté du diagnostic. *Bulletin médical*, 1908, p. 254.
- DELAGENIÈRE. — Ostéomyélite totale du fémur traitée par désarticulation de la hanche. *Arch. prov. de chir.*, 1905.
- DELANGLADE. — Arthrites aiguës et ostéomyélite de la hanche. *Revue d'orthopédie*, 1902, p. 257, 354, 443.
- DEMONS. — De l'ostéomyélite de la hanche. Congrès de gyn., obst. et péd., Bordeaux, 1897.
- DUCLAUX. — L'ostéomyélite de la hanche. Formes cliniques. Thèse Paris, 1904-1905.
- DUPUY DE FRENELLE. — Voies d'accès antérieures de l'articulation de la hanche. *Paris chirurgical*, 1924, p. 1 à 4.
- DUROSELLE. — A propos de résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë. *Bordeaux chirurgical*, oct. 1932, p. 472.
- ETIENNE. — Arthrites aiguës de la hanche. Thèse Nancy, 1908-1909.
- FRITZ DEMMER. — Où ne faut-il pas inciser une ostéomyélite aiguë. *Zentralblatt für chir.*, t. LIV, n° 36, 3 sept. 1927.
- FROUSTEY. — De l'intervention large et précoce dans les ostéomyélites aiguës des os longs. Thèse Bordeaux, 1911-1912.
- GANGOLFE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os. Paris, Masson, 1894.
- GIRARD. — Quelques considérations sur l'ostéomyélite de la hanche. Thèse Paris, 1893.

- GOUSER. — Ostéomyélite aiguë chez les enfants; ses résultats éloignés. *Ann. de méd. et de chir. infantiles*, nov. 1902.
- GUYOT. — Ostéomyélites aiguës de l'extrémité supérieure du fémur. *Revue de chirurgie*, 1904.
- HEINICKE ERICK. — Ostéomyélite aiguë juxta-articulaire chez les jeunes sujets. Ses conséquences éloignées. *Arch. für orthop. und Unfall chir.*, t. XXVIII, fasc. 1, 12 mars 1930.
- INGELTRANS. — Traitement précoce des ostéomyélites aiguës non traumatiques des membres. *Gaz. hebd. des Sc. méd.*, 16 oct. 1932.
- IRWING. — Les problèmes qui se posent dans le traitement de l'arthrite aiguë de la hanche. *Brit. Med. Journ.*, 1924.
- JABOULAY. — Ankylose de la hanche et main botte par ostéomyélite. *Gaz. des hôp.*, oct. 1907.
- JORGAUDJIS. — Le décollement épiphysaire au cours de l'ostéomyélite de la hanche. *Revue d'orthopédie*, janv. 1908.
- KIRMISSON. — Des arthrites coxo-fémorales consécutives à l'ostéomyélite. *In* Traité Duplay et Reclus.
— Ankylose de la hanche. *In* Traité Duplay et Reclus.
- LANNELONGUE. — De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance. Thèse Paris, 1879.
- LAUTIER. — Etude clinique des complications articulaires de l'ostéomyélite. Thèse Paris, 1894.
- LECOMTE. — Etude sur les ostéomyélites de la hanche avec abcès intrapelvien. Thèse Paris, 1894.
- LEPETIT. — Des arthrites consécutives à l'ostéomyélite et développées à distance du foyer primitif. Thèse Lyon, 1905.
- LÉVÊQUE. — De la coxalgie ostéomyélitique suppurée d'origine fémorale. Thèse Lyon, 1895.
- LOUBAT et LAPORTE (F.). — Deux cas d'arthrite aiguë de la hanche. Guérison par simple arthrotomie. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 25 juin 1931.
- MAUZAC. — Ostéomyélite de croissance. Thèse Montpellier, 1818.
- MASSABUAU et CHAPTAL. — A propos des pseudo-coxalgies. Un nouveau cas d'ostéomyélite atténuée de la hanche. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 14 déc. 1923.

- MATHIEU (Paul). — Traitement de l'ostéomyélite aiguë. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1928.
- MAUCLAIRE. — Traitement de l'ostéomyélite. *Semaine médicale*, 6 nov. 1907.
- MARTIN (André). — Traitement de l'ostéomyélite aiguë. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. LXII, n° 28, 7 nov. 1931.
- MÉRITAN. — Ostéomyélite de la hanche. Diagnostic. Traitement. Thèse Montpellier, 1908.
- MIROWITCH. — Des diverses formes de l'ostéomyélite aiguë au point de vue étiologique et quelques indications sur le traitement. Thèse Paris, 1890.
- MONOD et VAUVERTS. — Arthrotomie de la hanche. Technique opératoire, t. I, p. 237.
- MONTPROFIT. — Ostéomyélite primitive coxo-fémorale. *Bull. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1887.
- MODESTIN. — Des arthrites consécutives à l'ostéomyélite. *Tribune médicale*, Paris, 1906.
- NICOLAS. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de la hanche. Thèse Montpellier, 1925.
- NOVÉ-JOSSERAND (G.). — Précis d'orthopédie. Variété particulière d'une ostéo-arthrite de la hanche chez les enfants. *Rev. des mal. de l'enfance*, 1902.
- OCKINZYC. — Ostéomyélite de la hanche traitée par vaccinothérapie. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1924.
- OLLIER. — De la résection de la hanche dans les diverses formes d'ostéo-arthrites et d'arthrites coxo-fémorales. *Traité des résections*, t. III.
- PAPIN (Edouard). — Ostéomyélite des deux hanches à neuf ans d'intervalle. *Bordeaux chirurgical*, 30 oct. 1932.
- PASTRE. — Contribution à l'étude du traitement de l'ostéomyélite aiguë. Thèse Montpellier, 1908.
- PIÉCHAUD. — Observations d'ostéomyélites. *Rev. mens. de gyn., obst. et de péd.*, avril 1903.
- PION (P.). — Parallèle des diverses interventions chirurgicales dans l'ostéomyélite aiguë. Résultats statistiques. Thèse Paris, 1880.

- PIQUET (J.). — Arthrite de la hanche dans l'ostéomyélite de l'adolescence et de la seconde enfance. Soc. de chir. de Paris, 1926.
- Ostéomyélite aiguë de la hanche. Soc. de chir. de Paris, 1927.
- A propos de certaines formes d'ostéomyélites simulant la coxalgie : les arthrites de la hanche consécutives aux ostéomyélites de la partie supérieure du fémur à localisation extra-articulaire (obs.). Soc. de chir. de Paris, 16 mars 1927.
- PLATT (Harry). — Traitement de l'ostéomyélite aiguë. *Proceed. of Royal Soc. of Med.*, 1928.
- ROBERTSON. — Traitement de l'ostéomyélite aiguë par voie sanguine. *The Journ. of Bone and Joint Surg.*, vol. IX, n° 1, janv. 1927.
- ROCHER (H.-L.). — Résection de la hanche pour ostéomyélite. *Bull. de la Soc. d'anat. et physio-path. de Bordeaux*, séance du 19 sept. 1904.
- Ostéomyélite aiguë du col du fémur traitée par l'arthrotomie et la vaccinothérapie. *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, 1922.
- Ostéomyélite aiguë simultanée de la hanche et de la branche ischio-pubienne du côté droit. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1923.
- ROCHER (H.-L.) et GUÉRIN. — Ankylose vicieuse de la hanche droite avec subluxation pathologique consécutive à une infection ostéomyélitique à foyers multiples. Ostéotomie basicervicale avec ténomyotomie des muscles : tenseur du fascia lata, couturier, adducteurs. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1929, n° 9.
- ROCHER (H.-L.) et MAGNANT. — Arthrite suppurée de la hanche gauche. Etat actuel au bout de huit ans. Luxation pathologique simulant au point de vue radiographique une luxation congénitale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1927.
- ROUDIL et LAPORTE. — Ostéomyélite aiguë de la hanche. Soc. de chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 28 août 1932.

- SCARLINI. — Ostéomyélite subaiguë du col fémoral. V^e Congrès de l'Assoc. internat. de thalassothérapie, Bucarest, 1928.
- SIMONOVITCH. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans l'ostéomyélite de croissance. Thèse Nancy, 1922.
- SOEUR (M.-R.). — Ostéomyélite de la hanche. *Revue de chirurgie*, 1931, n^o 6.
- WICKHAM. — Sur certaines formes d'ostéites cervico-trochantériennes. Thèse Paris, 1924.

